Rok XXVII. Kraków, 11 Sierpnia 1888. Nr. 32.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiers drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O nierówności objawów kolanowych w wiądzie rdzeniowym.

Przez S. Goldflama (z Warszawy).

Wykład miany na V Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Przy ocenianiu znaczenia braku objawów ścięgnistych tak w wiądzie rdzeniowym jak i innych chorobach układu nerwowego, wychodzimy z założenia, że najważniejszy z nich, objaw kolanowy jest zjawiskiem niemal powszechném, fizyjologiczném u wszystkich zdrowych ludzi. Pelizaeus znalazł ten objaw u wszystkich przez siebie badanych dzieci, Zenner stwierdził brak jego tylko w jednym przypadku na 1000 ludzi zdrowych, inni autorowie znaleźli nieco wyższy stósunek ale u osób dziedzicznie do chorób nerwowych usposobionych. Wychodzimy dalej z założenia, że u zdrowéj osoby objaw ten występuje w danéj chwili w jednakowéj sile na obu kolanach w jednakowych warunkach wywoływania go, gdyż czy przypuścimy pochodzenie ośrodkowe tego objawu, czy obwodowe na to zgodzić się musimy, że równość jego z obu stron ciała jest takim samym postulatem fizyjologicznym uwarunkowanym identyczną budową, jak np. jednakowe oddziaływanie obu źrenic na światło, jednakowe oddziaływanie elektryczne mięśni i nerwów obu połów ciała itd. Nie posiadamy wprawdzie ścisłéj miary dla oznaczenia wielkości objawu kolanowego, a właściwie skurczu mięśnia czworogłowowego uda, wynalezienie zaś takiego, w klinice łatwo stosować się dającego sposobu, uważam za bardzo pożądane [1]), to jednak prawidłowy odruch kolanowy musi posiadać pewną wielkość, którą nauczyliśmy się oceniać doświadczeniem; poniżéj lub powyżéj téj średniéj miary będziemy mieli osłabienie lub wzmożenie tego objawu. Tutaj winienem zaraz zastrzedz, że tylko takie badanie objawów ścięgnistych ma znaczenie, które wielokrotnie powtarzano i stwierdzano w warunkach możliwie zabezpieczających od pomyłki. Za najlepszy sposób wywołania specyjalnie objawu kolanowego, którym tu głównie się zajmiemy, uważam następujący: badanie chorego powinno się odbywać w położeniu leżącém na wznak na zupełnie obnażonych odnogach (ściśnięcie uda jakąkolwiek częścią ubrania przeszkadza prawidłowemu wystąpieniu zjawiska, jak się wielokrotnie przekonałem), lekko zgiętych w kolanach pod kątem rozwartym przez podsunięcie ręki badającego, przyczém baczyć należy na to, żeby mięśnie były rozwolnione, ewentualnie odwrócić uwagę chorego lub zastósować metodę Jendrassika, polegającą, jak wiadomo, na rozciąganiu palców rąk i wzmagającą objawy kolanowe, uderza się w dolne ścięgno rzepkowe młotkiem perkusyjnym, przyczém pamiętać należy, że udanie się zjawiska i wielkość odruchu zależy nietylko od siły uderzenia, ale może więcéj jeszcze od punktu ścięgna, w który się trafia, np. brzegi ostatniego są zwykle pobudliwsze, aniżeli środek. We wszystkich przypadkach wiądu, o których niżéj będzie mowa, badałem objawy kolanowe w powyższy sposób, którego zresztą zawsze używam, ile razy chodzi o dokładne zbadanie tego objawu.

Mało jest odkryć semiotycznych, któreby doznały od razu tak przychylnego przyjęcia, tak szybko zyskały powszechne prawo obywatelstwa, co brak objawów kolanowych, po raz pierwszy prawie jednocześnie przez Erba i Westphala zauważony we wiądzie rdzeniowym. Wszyscy późniejsi autorowie potwierdzili odkrycie tych badaczów, że jestto jeden z najstalszych objawów tego cierpienia, a chociaż okazało się, że nie jest dlań patognomonicznym, bo spotyka się i w innych chorobach układu nerwowego (*poliomylitides*, wszystkie postacie zaniku mięśni postępującego z włączeniem t. zw. rzekomego przerostu mięśniowego o ile dotyczą odnóg dolnych, rozsiane zapalenie nerwów, zapalne stany i uszkodzenia rdzenia w części lędźwiowéj, ostre wstępujące porażenie Landryego itd.), a nawet w takich ogólnych niemocach jak cukromocz, błonica, zatrucie wyskokowe, wiąd starczy, charłactwo wszelkiego pochodzenia itd., w których prawdo-

[1]) Heller (*Berl. klin. Woch.*, 1886, Nr. 52) podaje wprawdzie opis przyrządu mającego służyć ku temu celowi ale jest on nawet w klinice trudny do zastósowania, powtóre wątpliwém jest czy daje dość ścisłe rezultaty. Za pomocą tego przyrządu znalazł H. różnicę o 1° między prawym objawem kolanowym (25°) i lewym (24°).

podobnie zależy od zwyrodnienia nerwów obwodowych, według badań Oppenheima i Siemmerlinga, to jednak wielkie znaczenie tego objawu dla wiądu rdzeniowego wcale tém zachwiane nie zostało, a przypadki wiądu z zachowanemi objawami kolanowemi dotąd uważane bywają za wyjątkowe. Rozpoznanie zwłaszcza wczesnych okresów tego cierpienia zyskało wiele przez odkrycie tego t. zw. znaku Westphala, pokazało się bowiem, że jest nietylko jednym z najstalszych ale i najwcześniejszych objawów téj choroby. Jak wiadomo, rozpoznajemy obecnie o kilka a nawet kilkanaście lat wcześniéj tę często ukrytą, prawie zawsze powolnie postępującą i ciężką chorobę. Wprawdzie sam brak objawów kolanowych nie uprawnia do rozpoznania wiądu; jest jednak nader ważny jako objaw patologiczny (powyżéj wyliczone choroby łatwo wykluczyć), bo wespół z dwoma innemi ważnemi objawami mianowicie Argyll-Robertsona (odruchowa nieruchomość źrenic) i charakterystycznemi bólami, lub jednym z nich, czyni rozpoznanie wiądu prawie pewném lub prawdopodobném.

Moje doświadczenie potwierdza w ogóle wielkie znaczenie objawów kolanowych dla rozpoznania wiądu, zwłaszcza jego wczesnych okresów, nie widziałem bowiem ani jednego przypadku téj choroby, w którymby te objawy były prawidłowe. Przekonałem się także o wielkiéj częstości braku objawów kolanowych w wiądzie, ale z drugiéj strony spostrzeżenia moje okazują, że istnienie objawów kolanowych, wprawdzie jako nieprawidłowych, nie należy wcale do rzadkości w téj chorobie. Opieram się na materyjale 64 przypadków wiądu zebranym w ciągu ostatnich 6ciu lat tak w klinice uniwersyteckiéj szpitala św. Ducha jak i w praktyce prywatnéj, o których mam więcéj szczegółowe notatki. Na tę ilość wypada mianowicie 47 przypadków bez objawów kolanowych i 17 w których one istniały, ale nieprawidłowe. Przypadki z nieprawidłowemi objawami kolanowemi rozdzielają się na: 1 przypadek z osłabionemi objawami kolanowemi, 1 przypadek, gdzie objaw Westphala był tylko z jednéj strony, 5 przypadków (z tych dwa z prawdopodobnie skombinowanego zwyrodnienia pęczków tylnych i bocznych) ze wzmożonemi objawami kolanowemi, 3 przypadki, w których objawy kolanowe w ciągu obserwacyi słabły aż do zniknięcia w jedném (1) lub obu kolanach (2), nareszcie 7 przypadków, gdzie objawy kolanowe nie były z obu stron jednakowe. Nie mam zamiaru wchodzić w szczegółowy rozbiór wszystkich przeze mnie spostrzeganych przypadków, ani téż zająć się całą patologiją wiądu rdzeniowego; cel mój jest ściśle określony. Wspomnę tylko, że co do tyle spornéj kwestyi stosunku wiądu do kiły materyjał mój tak się przedstawia. Na 47 przypadków z brakiem objawów kolanowych wypada 21 bez kiły, 15 u których kiła była na pewno stwierdzoną, 7 miało t. zw. szankier miękki bez wtórnych objawów, nie byli wcale leczeni lub bardzo niedostatecznie rtęcią i 4 u których ścisłych danych pod tym względem nie można było otrzymać. Na 17 przypadków z istniejącemi ale nieprawidłowemi objawami kolanowemi 10 nie miało kiły, 6 miało niewątpliwie, w 1 przypadku nie wiadomo. Z przypadków z objawem Westphala znajdowało się 10 w okresie przedataktycznym, 21 w ataktycznym, 4 na przejściu z pierwszego do drugiego, 12 w paralitycznym; z przypadków z nieprawidłowemi objawami kolanowemi było 9 w okresie przedataktycznym, 6 w ataktycznym, 2 na przejściu z pierwszego do drugiego.

Nie będę się tutaj zajmował takiemi zboczeniami objawów kolanowych jak osłabienie, wzmożenie, znak Westphala tylko z jednéj strony, jako zjawiskami w pewnym stopniu już znanemi, choć nie dość może uwzględnianemi; znanemi są również przypadki wiądu, w których objawy kolanowe w przebiegu choroby zmniejszały się aż do zupełnego zniknięcia. Chcę głównie zwrócić uwagę na jednę nieprawidłowość objawów kolanowych, którą miałem sposobność spostrzegać, mianowicie na nierówność z obu stron tego objawu i na niejednostajność i niejednakową wielkość występowania w jedném kolanie. Rozumie się, że tylko wtedy uważałem się za uprawnionego do orzeczenia, że istnieje zjawisko nierówności, kiedy, przy zachowaniu wszelkich mogących od pomyłki ochronić ostrożności, a przy jednakowych warunkach wywoływania objawu kolanowego, zjawisko nierówności na obu odnogach stale i wielokrotnie się powtarzało. Chociaż już dawniéj u chorych na wiąd objaw ten spostrzegałem, to jednak szczególną nań zwracać zacząłem uwagę, gdy zdarzył mi się przypadek 35-letniego mężczyzny, cierpiącego od lat 8 na bóle to w jednéj, to w drugiéj odnodze, zmieniające często miejsce, na parestezyje, jak przykre uczucie kolka w odnodze, na szczególne zmęczenie w nogach itd. i nader oporne wszelkiemu leczeniu; u tego chorego żadnych objawów patologicznych nie znalazłem, z wyjątkiem nierówności objawów kolanowych, mianowicie po stronie prawéj był słabszy, aniżeli po lewéj i niejednostajny pod względem wielkości. Gdyby w tym przypadku nie było wcale objawów kolanowych, to w obec bólów charakterystycznych, parestezyj rozpoznanie początkowego wiądu byłoby prawdopodobném. Wszakże znalezioną przeze mnie i wielokrotnie stwierdzoną nierówność objawów kolanowych i niejednostajność występowania ich musiałem uważać za objaw patologiczny; nasunęło mi to myśl, że brak objawów kolanowych i nierówność ich z obu stron są może zjawiskami współrzędnemi, chociaż niejednakowemi co do natężenia, że nierówność jest może pierwszym objawem zboczeń zjawisk ścięgnistych, których najwyższym wyrazem jest zupełne zniesienie. Pojąć łatwo, że w takim razie nierówności objawów kolanowych przypadłoby wielkie znaczenie rozpoznawcze w wiądzie. Chodziło teraz o to, czy są przypadki niewątpliwego wiądu, gdzie zamiast objawu Westphala istniałaby nierówność objawów kolanowych, następnie czy są dowody kliniczne, że nierówność jest objawem téj saméj kategoryi, współrzędnym z brakiem objawów kolanowych, a takim dowodem byłby przypadek, gdzie nierówność objawów kolanowych przeszłaby w brak. Jeżeli obserwacyja kliniczna istnienie takich przypadków stwierdzi, to znaczenie nierówności objawów kolanowych dla wiądu będzie ustalone. Sądzę, że poniższe spostrzeżenia czynią zadość tym premisom. Przypadki niewątpliwego wiądu są w streszczeniu następujące:

Spostrzeżenie I. Józef B., lat 19, buchalter cukrowni, przybył do kliniki w styczniu 1887 r. Przed 3ma laty bóle strzelające w całém ciele, głównie w dolnych odnogach, z biegiem czasu coraz silniejsze. Przed 2 laty uczucie opasania tułowia. Późniéj nastąpiły objawy ze strony pęcherza, mocne bóle w cewce, *incontinentia urinae*, równocześnie z osłabieniem wzroku i słuchu. W 25 r. kiła z objawami wtóremi, wcierania rtęciowe. W 27 r. zaburzenia żołądkowe: brak apetytu, zgaga, pieczenie, odbijanie, kwaśny smak, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, któreto objawy trwają dotąd z mniejszém lub większém natężeniem. W 36 r. recydywa kiły leczona wcieraniami szaruchy. Brat zmarł na chorobę nerwową.

Dobréj budowy i odżywienia, narządy wewnętrzne zdrowe. W położeniu leżącém wykonywa wszystkie ruchy dolnemi odnogami z należytą siłą i bez niezborności, nawet przy zamkniętych oczach; przy ruchach biernych żadnego oporu. Chód za

to jest nieprawidłowy i posiada cechy ataktycznego i spastycznego: przy zawracaniu odnogi się krzyżują, stopą suwa po podłodze, to znowu silnie o podłogę uderzy, a zamknięcie oczu wielce wpływa na niepewność chodu i sprawia przy staniu chwianie się w wysokim stopniu. Choremu zwłaszcza schodzenie ze schodów nastręcza trudności. Objawy kolanowe z obu stron różnie się zachowują: po lewéj jest on wyraźny, po prawéj bardzo słaby i tylko w *vastus externus* nawet przy użyciu sposobu Jendrassika. Przy uderzaniu prawego ścięgna rzepkowego otrzymuje się za każdym razem skurcz lewych mięśni ksobnych. Odruchy podeszwowe i mosznowe zachowane. Mocz odpływa w nocy mimowolnie, we dnie chory bardzo często czuje potrzebę oddawania moczu i nie może parcia moczu wstrzymać. Stolec zaparty, potrzeby oddawania go nie czuje i kał przechodzi przez otwór stolcowy bezwiednie. Erekcyj już od dłuższego czasu nie ma ani polucyj. Czucie przedmiotowe narządów płciowych zewnętrznych zachowane. Jest ono, mianowicie dotyk, zachowane i na dolnych odnogach z wyjątkiem małéj przestrzeni na *metatarsus sinister* w bliskości dużego palca i górno- przednio- zewnętrznéj powierzchni lewego uda wielkości talara nieczułych na dotyk; na podeszwach deli katne nawet dotknięcie sprawia choremu prawie zawsze ból Na stopach i w mniejszym stopniu na goleniach odczuwa ukłucie jako dotknięcie, a także bardzo często naprzód jako dotyk, późniéj jako ból (objaw Remaka). Czucie dla dużych różnic ciepłoty zachowane, dla mniejszych przytępione. Zmysł mięśniowy również jest dotknięty: chory niedokładnie powtarza drugą odnogą położenie pierwszéj, nie ocenia ściśle, czy są na jednakowéj wysokości, nie ma dokładnego pojęcia o zmianie położenia palców i t. d. Chory doznaje w dzień i w nocy kłujących bólów w rozmaitych miejscach odnóg, to w kostce, to w palcach, łydkach, pachwinie itd.; trwanie bólu jest różne, od kilku minut do kilku godzin i więcéj. Skóra w miejscu bólu staje się nader wrażliwą, do tego stopnia, że już dotknięcie kołdry sprawia drganie odnogi; nabrzmiewa ona i często tworzy się czerwona wystająca plamka, pokrywająca się późniéj strupem. Kręgosłup jest bez zboczeń i na ucisk niebolesny. Czucie na tułowiu zachowane, z wyjątkiem wąskiego pasa koło 2 palców szerokości, idącego od lewéj brodawki w kierunku do łopatki i małego obszaru skóry w bliskości dolnego kąta prawéj łopatki na dotyk nieczułych. Miewa przemijające bóle w lędźwiach, kłucie w piersiach.

Siła prawéj górnéj odnogi mniejsza aniżeli lewéj, ale dość znaczna, wszystkie ruchy są możliwe z wyjątkiem opozycyi małych palców obu rąk, zwłaszcza prawéj. Zaników mięśniowych nie spostrzega się, niedowładu nie ma. Czucie i zmysł mięśniowy zachowane. Doznaje w górnych odnogach takich samych bólów, jak w dolnych, z wytworzeniem się małych pryszczyków, zasychających po paru dniach i uczucia zdrętwienia w dłoniach.

Źrenice nierówne, lewa szersza, owalna, prawa dość wąska, obie nie oddziaływają na światło, ale dobrze na zbieżność. Ruchy gałek prawidłowe. Siła widzenia = 1. Oftalmoskop zmian żadnych nie wykrywa. Pole widzenia dla koloru białego i barw prawidłowe.

Słuch mocno przytępiony, trzeba do chorego głośno mówić, a zegarka nie słyszy ani z oddalenia ani bezpośrednio przez kości. Wystąpiło to postępowo od $^1/_2$ roku bez bólu i cieczenia, ale ze świstaniem w uszach. Badanie ucha, przez specyjalistę dokonane, nie wykryło żadnych zmian w uchu średniém i pozwala przypuścić cierpienie samych nerwów słuchowych, na téj zasadzie, że chory nie słyszy z prawéj strony wysokiego A kamertonu, a z lewéj strony przewodnictwo kostne jest również osłabione i chory słyszy kamerton dokładnie tylko na wyrostku sutkowym.

Przed rokiem miewał bóle głowy, obecnie doznaje brzęczenia. Mowa, pamięć niezmieniona. Sen dobry.

W powyższym przypadku mamy wszystkie klasyczne objawy wiądu: charakterystyczne bóle trwające od 3 lat, bezład przy chodzeniu, objaw Romberga, Argyll-Robertsona, znieczulenie bólowe, objaw Remaka, zakłócenie zmysłu mięśniowego, zaburzenia czynności pęcherza i kiszki stolcowéj, potencyi płciowéj i t. d.

Ale jak się zachowują w tym przypadku objawy kolanowe? Nie są zniesione, można je wywołać, ale są nierówne z obu stron, objaw po lewéj stronie jest wyraźny, po prawéj słaby i tylko w *vastus externus*. Gdyby nawet w tym przypadku odruchy kolanowe były prawidłowe, to jednak nie wahalibyśmy się z rozpoznaniem wiądu. Przypadek ten dowodzi, że nierówność objawów kolanowych zdarza się w obrazie wiądu, że jestto może objaw patologiczny, występujący jako pośredni stopień do zniknięcia odruchów. (C. d. n.)

II. O zapaleniu nerek wybroczynowém i o znaczeniu wybroczyn w miąższu nerkowym.

(Odczyt miany na V Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie dnia 19 lipca 1888 roku).

Podał
Dr. A. Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj w Pradze.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Wszystkie te przemiany krwi odbywać się muszą względnie bardzo szybko, bo często na przykład jedna część wałeczka na przekroju podłużnym składa się z ciałek czerwonych o wyraźnych konturach, gdy druga część jest już jednolitą. Przejście nieznaczne, jednéj w drugą, dające się tak często stwierdzić stanowczo, świadczy za têm przechodzeniem wałeczków.

Uderzającą daléj jest przemiana krwi wynaczynionéj lub stagnującéj w znacznie rozszerzonych naczyniach włosowatych zwłaszcza w piramidach. Przestwory tkanki łącznej są tu niekiedy ogromnie porozszerzane, kanaliki zwężone aż na nieznaczne szczeliny, wypełnione nadto wałeczkami lub krwią jeszcze niezmienioną. Rozszerzenie to pochodzi z tak zwanéj przemiany szklistéj lub jak Hortoles się wyraża z przemiany w typową tkankę śluzową. Przestwory te są albo zupełnie jednolite, szkliste, barwią się nigrozynem słabo lub bardzo delikatnie, włókniste, a w nich rozprószone są w bardzo nieznacznéj ilości leukocyty. Nic łatwiejszego jak wykazać na preparatach z rozczynu Fleminga pochodzenie tych mas z ciałek czerwonych krwi wynaczynionéj lub rozszerzonych naczyń włosowatych. Zwyrodnienie szkliste Recklinghausena nie jest zatém niczém innêm jak zmianą szklistą ciałek czerwonych. Te przemiany krwi są bardzo pouczające w jednym przypadku *nephritis haemorrhagica post scarlatinam.* Dotyczył on dziewczyny 12-letniéj, zmarłéj w klinice prof. Eiselta wśród objawów mocznicy i obrzęków na całém ciele. Przed 3ma miesiącami dziewczyna ta przebyła płonicę. Przy sekcyi znalazłem rozległy krwotok w lewych środkowych zwojach mózgu z wybroczyną do lewéj komory, przerost lewego serca odśrodkowy, wysięki do jam surowiczych i tkanki podskórnéj i następujące zmiany w nerkach: Na powierzchni obu nerek, z których cienka torebka schodziła łatwo, znajdowały się miejsca znacznie na powierzchnię wystające guzowate, szaro żółtawe, o powierzchni gładkiéj, miejsca zapadłe między guzami różnéj wielkości barwy ciemno-fijoletowo-czerwonéj; na przekroju kora odpowiadająca guzom na powierzchni znacznie rozszerzona, między guzami aż na wąziutki pasek ciemno-fijoletowo-czerwony zwężona. W ogóle byłto makroskopowy analogon żółtego zaniku wątroby, mianowicie jéj postaci przewlekłéj. Badanie mikroskopowe tego przypadku wyjaśnia

nam w zupełności obraz makroskopowy. Części żółte okazują miąższ prawidłowy, nawet zwyrodnienie przybłonków jest nieznaczne, kłębki zwiększone ale budowa ich prawidłowa. Natomiast części czerwone zwężonéj kory okazują nam głębokie zmiany. Kanaliki prawie zupełnie zamknięte, niewidoczne, a na ich miejscu tkanka granulacyjna z kłębkami tuż jeden obok drugiego umieszczonemi po większéj części szklisto zwyrodniałemi i zamkniętemi. Obok tego, tak w korze jak i piramidach, zwłaszcza zaś na granicy ich ogniska okrągławe złożone z delikatnéj siatki, któréj promienie różnéj grubości mają często kierunek dośrodkowy. Część téj siatki oddziaływa jak włóknik, gdy druga część powoli przechodząca w tamtę okazuje barwę cisawo-zielonawą, barwę ciałek krwi czerwonych. Wśród téj siatki leukocyty w ilości odpowiadającéj krwi wynaczynionéj. Składniki miąższu nerkowego dosyć ostro od ogniska odgraniczonego spłaszczone przez ucisk wywierany przez to ognisko na otoczenie. Bardzo często środek tych ognisk stanowi naczynie krwionośne o wielkim kalibrze, a ściana naczynia tego w całości albo w pewnéj swej części przez całą grubość zabarwiona silnie, podobnie jak włóknik, który w postaci grubych wypustek zdaje się że wychodzi z naczynia. Wypustki te, zdążając ku obwodowi, łączą się z sobą w licznych miejscach, tworząc tym sposobem siatkę, w któréj oczkach gdzieniegdzie niezmienione leukocyty znajdują się w tym stosunku ilościowym, jak w ogóle w wybroczynach. Mamy tu zatém przed sobą ogniska krwotokowe z koagulacyjną nekrozą ściany naczynia. Czy te wybroczyny powstały *per rexin* czy *per diapedesim*, czy nekroza naczynia poprzedzała krwotok, czy była jego następstwem, trudno rozstrzygnąć. Wiele objawów świadczy za i przeciw każdemu z tych przypuszczeń. Od rozbioru dalszego, któryby zabrał wiele czasu, muszę odstąpić [1]). Z umiejscowienia tych ognisk wnosić można na pewne, że *Nephritis* w tym przypadku była w stosunku przyczynowym z pewnemi zmianami w naczyniach krwionośnych, a te ograniczone były tylko do pewnych okręgów tych naczyń, które, jak wiadomo, mają rozpołożenie zrazikowe. Ten jako też jeszcze jeden podobny przypadek służyły mi za materyjał do badania tak zwanego szklistego zwyrodnienia i obliteracyi kłębków Malpighiego, oprócz przemiany całego kłębka w zbitą tkankę łączną o włóknach zwykle współśrodkowo przebiegających. Oprócz tego najzwyklejszego sposobu zniszczenia kłębka istnieje jeszcze t. z. przemiana szklista. Wolny przestwór torebki Bowmana częściowo lub w całości wypełniony jest masą jednolitą połyskującą wyraźnie tak od strony torebki jakoteż pętli naczyniowych kłębka odgraniczoną. Masa ta okazuje niekiedy szczeliny wąziutkie z leukocytami jako takie dającemi się jeszcze rozpoznać lub małemi znacznie przedłużonemi jądrami. Ilość tych komórek jest bardzo nieznaczna, często brak ich zupełnie. Pętle naczyniowe kłębka ostro od téj masy odgraniczone. Kontury zewnętrzne obwodowe pętli są wyraźne, natomiast kłębek naczyniowy w całości przemieniony w masę drobnoziarnistą odbijącą wyraźnie od jednolitego otoczenia. Składniki komórkowe pętli zupełnie w téj masie zanikły. Mamy tu zatém do czynienia z jakąś istotą, która tworzy się w wolnym przestworze torebki najpierw u wejścia naczyń do kłębka, któráto istota, nosząca ślady organizacyi, sprowadza ziarniste późniéj szkliste zwyrodnienie pętli kłębkowych. Po staranném zbadaniu kilkudziesięciu preparatów udało mi się znaleźć kilka kłębków, których zmiany rzuciły nieco światła na histogenezę téj istoty między kłębkiem a torebką powstającéj. Mianowicie w niektórych kłębkach tylko część tej istoty ma wejrzenie szkliste, gdy druga część ma wejrzenie szklistych wałeczków lub krwi przemienionéj w masę szklistą. Obie te części powoli przechodzą w siebie, a często na brzegach ich można jeszcze odkryć kontury ciałek czerwonych, które w tę masę się przemieniają. Nie jestto nekroza tych ciałek, przeciwnie organizacyja w tkankę, która odznacza się wprawdzie nader małą żywotnością ale żyje. Dowodem tego w téj masie umieszczone leukocyty, których jądra barwią się dobrze, a często przemieniają się w wrzecionowate. Ten rodzaj obliteracyi pochodzi zatém z wybroczyn do wolnego przestworu torebki Bowmanna.

Zwyrodnienie szkliste otoczenia naczyń tak często zwłaszcza w przewlekłych postaciach zapaleń nerek nie jest także niczém inném jak krwią wynaczynioną lub w rozszerzonych naczyniach włosowatych jeszcze będącą, a która w całości uległa téj przemianie szklistéj. Tkanka szklista w tych miejscach ma wszystkie te same własności optyczne i mikrochemiczne jak owa istota gromadząca się w wolnym przestworze torebki Bowmanna. To samo pochodzenie ma daléj zgrubienie błony wewnętrznéj naczyń krwionośnych. Szeregi ciałek czerwonych ułożone przy błonie wewnętrznéj mogą uledz téj przemianie szklistéj lub delikatnie szklisto-włóknistéj. Różne własności otoczenia, możliwe jakieś zadraźnienie ciałek czerwonych, ilość składników komórkowych w krwi wynaczynionéj, jak leukocytów, śród lub endoteliów przybłonków i jakość tychże, wpływać muszą na to, czy ciałka krwi ulegną przemianie szklistéj, czy falisto włókienkowatéj, czy téż włókienkowato-siatkowatéj.

Okoliczność, że niektóre wałeczki oddziaływają tak samo jak istota skrobiowata nasunęła mi pytanie, czy téż i istota skrobiowata, ta zagadka ze swoją olbrzymią literaturą, nie powstaje w sposób bardzo prosty bo z krwi, mianowicie przemiany krwi *in toto*. Do badania tego pytania nadają się w wysokim stopniu kłębki Malpighiego i to w preparatach z roczczynu Fleminga. Na preparatach podobnych złudzenia, o jakich wspomina Ribbert *à propos* nauki Langhansa o t. zw. *glomerulonephritis*, są niemożebne. Przedewszystkiem niemożebną jest rzeczą, jak to właśnie ten autor w jednym z ostatnich numerów *Fortschritte der Med.* przypuszcza, uważać pierwoszcza powłoki przybłonkowéj kłębków (pętli) za masę utworzoną w środku naczynia. Istoty te sprawiają tak odmienne wrażenie optyczne, że pomięszać ich z sobą nie podobna. Jak to na inném miejscu starałem się wykazać, tkanka łączna śródzrazikowa w pętlach naczyniowych kłębka powstaje z składników krwi. Dzisiejsze moje doświadczenie każe mi przypuszczać, że i ciałka krwi czerwone obok leukocytów

[1]) Te ogniska wybroczynowe przedstawiały mi się na pierwszy rzut oka, zwłaszcza na preparatach wyskokowych, jako skupiny gruzełków zserowaciałych. W niektórych miejscach leukocyty były w większéj ilości nagromadzone, częścią obrzmiałe wyraźnie w komórki epitelioidowe przechodzące. A nawet twory zwane komórkami olbrzymiemi napotykałem w tych ogniskach wybroczynowych okołonaczyniowych. Pierwoszcze tych komórek olbrzymich nie jest niczem innêm jak wytworem ciałek czerwonych przez szklistą przemianę tychże powstałym, a jądra niczém innêm jak jądrami obrzmiałemi leukocytów. Moje zapatrywania co do pochodzenia komórek epitelioidowych i olbrzymich w tych ogniskach są w zupełnéj sprzeczności z zapatrywaniami Baumgartena na te składniki w gruźlicy. Ale téż badania Baumgartena dotyczące gruźlicy domagają się bardzo rewizyi, a być może, że i przy powstawaniu gruzełków ciałka krwi czerwone i leukocyty obejmą rolę komórek stałych, przyznawaną przez Baumgartena tym ostatnim.

stanowią materyjał, z którego powstaje ta tkanka łączna wśródwłosowata. Kilka przypadków zwyrodnienia skrobiowatego nerek, które zbadałem, wykazały mi, że istota skrobiowata nie zajmuje w pierwszéj linii ścian naczyń włosowatych kłębka, ale że powstaje niezależnie od ściany w samém świetle naczynia. Na przekrojach pętli naczyniowych, o ile można jak najcieńszych, widać z całą dokładnością cieniutki przekrój ściany, a w świetle naczynia masę, która oddziaływa jak t. zw. amyloid. Nie jest ona zwykle tak jednostajną, jak nam się przedstawia na preparatach wyskokowych, często bowiem widać w niéj delikatną włóknistość. W masie téj umieszczone są niezmienione lub pokurczone leukocyty (właściwie jądra tylko widoczne), na innych miejscach ich nie ma, a istota skrobiowata zlała się w jednę całość ze ścianą pętli, a pętle z sobą. Zwyrodnienie szkliste (*degeneratio hyalinea*) i skrobiowe stanowią tylko dwa okresy téj saméj przemiany. Na pętlach naczyniowych kłębka sprawę tę można spostrzegać z całą dokładnością. Pewna część światła pętli zawiera zachowane ciałka krwi czerwone, które przechodzą bez wyraźnéj granicy, tracąc swe kontury, w istotę jednostajną skrobiową. Ściana pętli dotyczącéj ma zupełnie prawidłowe wejrzenie (w początkach procesu, bo późniéj jéj kontury zupełnie znikają), żadnego nie widać na niéj zgrubienia, żadnego rozmnożenia śródbłonków. Szczególnie przekonywającemi są owe pętle, których ściany jeszcze nie zanikły w masie skrobiowatéj i nie zlały się z sąsiedniemi pętlami, gdzie w ogóle cała konfiguracyja pętli jest prawidłową. Treść takiego naczynia krwionośnego zawiera istotę, która oddziaływa jak istota skrobiowata, a w istocie téj leukocyty w tym samym stosunku ilościowym co do otoczenia jak we krwi. Czyż w obec takich obrazów t. zw. amyloid może być czém inném, jak krwią w całości przemienioną.

Oto w szkicu tylko rezultat moich poszukiwań. Dużo ze szczegółów musiałem opuścić, jak np. ważne bardzo zmiany na przybłonkach kanalików i wiele innych. Te wszystkie szczegóły jako téż systematyczniejsze uporządkowanie mego materyjału podam wkrótce w osobnéj pracy. Na życzenie każdego z Panów gotów jestem służyć wyjaśnieniem na preparatach mikroskopowych.

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Sohlern (Kissingen): **O znaczeniu oznaczania kwasoty soku żołądkowego dla rozpoznania i leczenia chorób jego.**

Słusznie powiada S., że po znakomitych pracach klinicznych van der Veldena, Riegla, Ewalda, Gluzińskiego, Jaworskiego, Stickera, Reichmana, Cahna, Meringa i wielu innych o mechanizmie i chemizmie żołądka, lekarz praktyczny nie powinien się w cierpieniu żołądkowém zadowalać tylko wypróżnieniem żołądka próbném i badaniem pod względem kwasoty, lecz powinien się zastanowić na podstawie badania jak ma leczyć dany przypadek chorobowy. Leczenie chorób żołądka powinno głównie polegać na uregulowanéj dyjecie. Ażeby módz orzec czy żołądek jest prawidłowy czy nie, trzeba wiedzieć ile w prawidłowych warunkach wynosi kwasota soku żołądkowego. Po bardzo wielu doświadczeniach robionych na ludziach zdrowych, po jednakich strawach i po upływie tego samego czasu znalazł S. 0·22 do 0·28% wolnego kwasu solnego, jako ilość prawidłową (a więc nieco wyższą niż Riegel podaje, a nieco niższą jak podaje Ewald). Ustanowiwszy sobie tę ilość jako prawidłową, uważał kwasotę (solną) soku żołądkowego wyższą lub niższą za chorobową, a w takim razie starał się przez odpowiednie żywienie i leczenie podnieść ją lub obniżyć. W wielu razach udało mu się to w zupełności. Badał i leczył 169 chorych. Wszystkie przypadki (22), w których kwasu solnego było mniéj niż prawidłowo, okazywały po pewnym czasie należytego żywienia i podawania kw. solnego rozcieńczonego w godzinę po jedzeniu, ilość jego zwiększoną. W 15 przypadkach wrzodu żołądka znalazł kwasu solnego większą ilość niż prawidłową, postarał się wtedy ją obniżyć, dając chorym dyjetę płynną (mleko, bulijon, jaja na miękko) nadto do picia wodę bilińską a zrana sól karlsbadzką. W uporczywych przypadkach przepłukiwał żołądek wodą alkaliczną.

Odrębną grupę tworzy S. z chorych dotkniętych rozstrzenią żołądka (6), z którychkolwiekbądź przyczyn; kwasu solnego było u wszystkich za mało, za często napotykał kwas mlekowy. W tych przypadkach ograniczał się do przepłukiwania żołądka, podawania środka przeciwzaczynowego i uregulowania żywienia. We wszystkich nerwowych chorobach żołądka, ze znanymi objawami, zdaniem S. jest kwas solny obecny w prawidłowéj ilości (25 przyp.) zgadza się dlatego z Leubem, który nie uznaje t. zw. *dyspepsia nervosa* za odrębną chorobę żołądka, lecz że ma ona podstawę w układzie nerwowym i jego nadmiernéj pobudliwości, czyli że *dyspepsia nervosa* jest częścią ogólnéj neurastenii. Leczenie powinno być i bywa okolicznościowe: dyjeta, leczenie moralne, kąpiele borowinowe, towarzystwo stałe, aby osoby takie w hypohondryję nie popadły, elektryzowanie, chinin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887, Nr. 50). *H. K.*

Spaeth: **Nowy sposób otrzymania i badania soku żołądkowego.**

O sposobie przez S. podanym można to samo powiedzieć, co S. o sposobie Edingera, którego metodę autor tylko zmienił. Według S. bada się pod względem obecności kwasu solnego w żołądku samym. Kawałki rdzenia bzu suszone i krajane w małe wałeczki barwią się przez 12 godzin w 0.015% roczynie czerwieni kongo, potém się je suszy, uwiesza na nitce jedwabnéj chirurgicznéj, u któréj, aby kuleczka bzu ciężarem już spadała do żołądka, uwiesza kulkę śrutu niezanieczyszczoną arszenikiem. Niekiedy zabarwiał S. roczynem kongo i kuleczkę i nitkę. Kuleczki połknięte pozostawały minutę w żołądku, poczém je wyciągano i badano o ile zabarwienie pod wpływem obecnego kwasu solnego się zmieniło. Zamaczanie kulki bzu w roczynie lakmusu i takie samo postępowanie wykazywało, czy w ogóle treść żołądkowa oddziaływa kwaśno. Według S. poddają się chorzy dość chętnie temu sposobowi badania, który nie jest zabiegiem trudnym ani dużo czasu nie wymaga. Za dobrocią tego sposobu ma jeszcze przemawiać i to, że doszedł za pomocą niego do takich samych wyników, do jakich inni (Reichmann, Jaworski i Gluziński, Riegel, Sticker, Ewald i inni) doszli. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887 Nr. 51). *H. K.*

O leczeniu raka za pomocą leków.

Jakkolwiek nowoczesna chirurgija tylko nóż uważa za jedyny środek przeciw rakowi, przecież nie brak i to szczególnie w ostatnich czasach na usiłowaniach, aby nowotwór ten za pomocą leków albo usunąć albo powstrzymać w ten sposób jego rozwój. Nie skończyło się na doświadczeniu jednego leku, w krótkim czasie podano ich kilkanaście. W krótkości wszystkie je tu podajemy:

Obszerną rozprawę w tym kierunku ogłosił prof. John Clay (*Lancet* 1886). Używa on od 3 lat terpentyny w połączeniu z rezorcyną. Mimo zarzutów z różnych stron mu poczynionych obstaje przy swoich twierdzeniach. Dłuższy czas leczył (i miał wyleczyć) dwa przypadki raka języka, 1 przybłoniaka wargi górnéj, 10 raka ujścia i szyi macicy, 1 macicy i pochwy, 1 nosa i twarzy. W trzech przypadkach przekonano się przy sekcyi że rak znikł. Podawał on swoim chorym wyciągu terpentyny dwie łyżeczki, a nadto 1—2 pigułek zawierających siarkę (*pill. sulph. comp.* wyrabiane w Birmingham) przez 3 miesiące, poczém następowała przerwa 14 dniowa i znowu powrót do leku.

Strobinder poleca (*Wiener med. Zeitung* 1887) podskórne wstrzykiwania kwasu garbnikowego do nowotworów rakowych, codziennie 1 strzykawkę roczynu 1:24·0. Dobry wynik miał otrzymać w rakach gruczołu przyusznego i sutków.

Hood ogłosił w *Lancet* 1887, że podawał wewnętrznie w proszku węglan wapniowy, a właściwie sproszkowane skorupy ostryg, przez miesiące; raki miały się zabliźnić. W ostatnich czasach podnoszono wątpliwości pewne, czy rak w ogóle może się zabliźnić. Veuillet oświadcza się (*Brit. med. Journal.*) za możliwością ostatnią. Podanie Hooda potwierdził Blenkisop utrzymując, że sole wapniowe bywają złożone w naczyniach, sprowadzają ich zwyrodnienie miażdżycowe i utrudniony tym sposobem dowóz krwi do raka.

Velloso (*Brit. med. Journal*) miał wyleczyć sześć przypadków raka twarzy i warg za pomocą soku alvelo z rośliny należącéj do gatunku *euphorbiaceae*; miał on niszczyć schorzałą tkankę i wywołać bujanie zdrowéj ziarniny zabliźniającéj się. Sok ten z alvelo, pochodzącéj z Pernambuco stosuje się w zgęszczeniu znacznêm w wazelinie lub lanolinie. Sprowadza jednak ból dość znaczny przy zastosowaniu.

Mazzaro miał wyleczyć jeden przypadek raka twarzy samą resorcyną w postaci maści przepisaną (1·0 na 20·0 waseliny). Pozostała po nim tylko blizna szeroka. (*Brit. med. Journ.*)

Prof. Voltolini (Wrocław) podaje w *Deut. med. Centr. Zeitschr.* 1887) o wyleczeniu polipa na więzadle głosowêm prawêm (badanego po wycięciu przez prof. Ponficka i za raka uznanego) za pomocą naparu Zittmana i arszeniku poleconego przez Rusta jeszcze w r. 1834.

W r. 1887 podaliśmy sprawozdanie z wyników, jakie otrzymał Riess (*Berl. klin. Woch.*) przy leczeniu raka żołądka za pomocą naparu kory kondurango. Wymioty miały ustać, bóle się zmniejszały, a chorych na wadze miało przybywać. Niemało rozgłosu nabrało ogłoszenie wyników wyleczenia przybłoniaków i innych nowotworów przez prof. Mosetiga za pomocą kwasu mlekowego. (*Wiener med. Wochenschrift*).

Ilość podanych leków dość znaczna; miałaby coś za sobą gdyby się rzeczywiście przekonano o zakaźnéj istocie raków i gdyby się utrzymały wiadomości podane, a tak z początku poparte o istnieniu prątka ich wywołującego. Niestety podnoszą się już liczne głosy przeciwne. Żywot prątków raka rzeczywiście był za krótki. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, Nr. 3). *H. K.*

(*A. B.*) Berger: **O zboczeniach występujących w oczach w przebiegu uwiądu rdzenia** (*tabes dorsualis*). Badania wykonane na 109 chorych, z których 47% było dotkniętych kiłą, doprowadziły autora do następujących rezultatów: Zmniejszenie parcia śródocznego, pojawiające się często z jednéj strony, występuje zwykle w okresie porażenia. Drugi objaw, mało dotąd obserwowany, polega na porażeniu włókien mięśnia gładkiego powiek, włókien unerwionych przez n. współczulny; wynikiem tego porażenia jest zwężenie szpary powiekowéj. Objawom tym towarzyszy zwężenie źrenicy. B. znalazł jeszcze zniekształtnienie źrenicy, ktora staje się eliptyczną. Współczesne występowanie tych zboczeń przypomina objawy występujące po przecięciu części szyjnéj n. współczulnego i dowodzi, że nerw ten gra rolę w pojawianiu się zboczeń ocznych w przebiegu uwiądu rdzenia, co się zgadza z badaniami uczniów Vulpiana, którzy znaleźli zmiany anatomiczne w budowie n. współczulnego u tabetyków. Okoliczność jednak, że każde ze zboczeń ocznych występować może samoistnie, każe przypuszczać, że nerw sam nie jest siedzibą zboczeń, lecz drogą przeprowadzającą zmiany z rdzenia pacierzowego do oka. (*Le Progrès médical* 1888, Nr. 24).

(β). **Ból głowy połowiczy**. Charcot rozróżnia pojedynczą „*Migraine ohptalmique*“ migrenę połączoną ze zboczeniami w narządzie wzroku, jak np. widzeniem połowiczém (*Hemiopia*), oraz migrenę z powikłaniami (*M. accompagnés*), przy któréj do zboczeń ocznych przyłączają się jeszcze ruchowe i czuciowe porażenia na głowie i członkach (mianowicie bezmówność, *Aphasia*). Zjawiska te porażenne, po większéj części przyrody urazowéj, mogą dłuższy czas a nawet stale się utrzymywać. Całe leczenie polega na energicznêm długotrwałêm podawaniu bromu, mniéj więcéj w sposób następujący: 1 tydzień 2—3 gr. bromu na dzień, 2 tydzień 3—4 gr. bromu na dzień, 3 tydzień 4—5 gr. bromu na dzień, 4 tydzień 5—6 gr. bromu na dzień. Lekowanie powyższe powtarza się tak długo, dopóki choroba nie ustąpi, co trwa najmniéj 3—4 miesięcy. (*Deut. med. Ztg.* 1887).

Chirurgija.

Riedel (Jena): **O wyrostku języczkowatym prawego płatu wątroby, znaczeniu jego w chorobach woreczka żółciowego, oraz kilka uwag o operacyjach na woreczku żółciowym.**

R. opisuje 6 przypadków, w których rozpoznał za pomocą cięcia próbnego istnienie wyrostka języczkowatego prawego płatu wątroby. Pomiędzy tymi, w 2 przypadkach wyczuwał sam tylko wyrostek, w 4ch innych nadto i powiększony, bądźto ropą, bądźto kamieniami wypełniony woreczek żółciowy. Ponieważ z wyrostkiem takim spotykano się dotychczas wyłącznie u niewiast, należałoby sądzić, że jest on wynikiem tylko odsznurowania od reszty wątroby i że często, równocześnie z nim spotykane powiększenie woreczka żółciowego, jest tylko przypadkowém. Za têm przypuszczeniem przemawiają opisy Marchanda, Hellera, Bollingera i Hachera. Autor lecząc chirurgicznie opisane 6 przypadków spostrzegł, że po wypróżnieniu woreczka żółciowego z ropy lub kamieni, wyrostek wątrobowy bardzo szybko się zmniejszał, a po kilku tygodniach zupełnie znikał. U innéj choréj, u któréj istniały w ograniczoném miejscu zrosty wątroby z otoczeniem, widział ograniczone wydłużenie wątroby na têm miejscu, które również po usunięciu zrostów znikało. Na mocy tych spostrzeżeń twierdzi R., że wyrostek języczkowaty może powstać skutkiem wyciągania miąższu wątroby na ograniczoném miejscu, bądźto przez powiększający się z przyczyn chorobowych woreczek żółciowy, bądźto skutkiem zrostów zapalnych i nowotworowych w otoczeniu wątroby. Czy i jakie znaczenie rozpoznawcze może mieć wyrostek języczkowaty, łatwa w obec tego odpowiedź. Dodatnie przedewszystkiem wtedy, jeżeli wybadawszy go, spostrzegamy równocześnie objawy choroby woreczka, jak bolesność w jego okolicy, kolkę wątrobową, wymioty i t. p. — a brak nam najważniejszego objawu, tj. możności wykazania guza odpowiadającego woreczkowi. Wówczas wykluczywszy sprawy zapalne lub nowotworowe w otoczeniu wątroby i zestawiając spostrzeżone objawy z istnieniem wyrostka, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać *a posteriori* otok ropny lub kamienie pęcherza i przedsiębrać odpowiedne zabiegi chirurgiczne. Jeżeli zaś nie mamy równocześnie żadnych objawów choroby woreczka, wówczas należy uważać wyrostek za zwykły odsznurowany płatek wątroby bez znaczenia.

Otok ropny i kamienie pęcherza żółciowego autor radzi stanowczo leczyć chirurgicznie, zwłaszcza że nie ma przytém niebezpieczeństwa dla chorych, a łatwo można uratować ich od tak częstéj śmierci z przebicia ropy lub kamieni, do jamy otrzewnowéj, pomijając już ulgę z usunięcia kolki. Do operacyi nadają się jednak tylko te przypadki, w których nie ma jeszcze żółtaczki. Żółtaczka bowiem powstaje zwykle, gdy kamienie są jeszcze w wątrobie, lub już w przewodzie woreczka, lub w obu razem. W tych okolicznościach operacyja z powodu trudności technicznych zwykle nie prowadzi do dodatnich wyników. R. jest przeciwnikiem całkowitego wycinania woreczka żółciowego, natomiast wykonuje ze znakomitym skutkiem nacięcie woreczka dwuczasowe, usuwa ropę lub kamienie z woreczka a następnie stara się przetokę zabliźnić. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 29 i 30). *Dr. Idziński.*

Choroby umysłowe.

Prof. Henoch: **Dłużéj utrzymująca się choroba umysłowa wśród napadu mocznicy u dziecka.**

Po przebytéj płonicy dostało dziecko zapalenia nerek. Ostatnie cierpienie leczono kąpielami gorącemi. Podczas drugiéj kąpieli dostało drgawek, utraciło przytomność na 3—4 godzin, poczém obudziwszy się doznawało omamów zmysłu, słuchu i wzroku, a usposobienie dziecka zmieniło się. Zboczenia umysłowe u dzieci w przebiegu chorób zakaźnych lub po nich są stosunkowo rzadkie. H. widział dotychczas raz tylko podniecenie szałowe u dziecka w przebiegu duru brzusznego, drugi raz w pierwszych dniach odry. Nie ulega wątpliwości, że urojenia u dziecka stały w związku z mocznicą. Po trzechtygodniowym pobycie na oddziale obłąkanych dziecko wyszło zdrowe. Thomsen zaznacza w rozprawie nad tym przypadkiem, że choroby umysłowe, które u starszych podczas mocznicowego napadu nie są wcale tak rzadkie, zda-

rzają się tylko u tych dzieci, które są dziedzicznie psychopatycznie obciążone. H. nie mógł w swoim przypadku wykazać dziedziczności. Gerhardt opowiada o przypadku, w którym u dziecka dotkniętego pląsawicą wystąpił napad maniakalny; do tego dodał H., że u dziecka dotkniętego tém samém cierpieniem spostrzegł raz obłęd wielkości, drugi raz to samo u chłopca wśród duru brzusznego. Senator miał sposobność spostrzegania obłędu religijnego trzy razy u dzieci niżéj lat 10. W końcu czyni H. uwagę, że objawy chorobowe są zazwyczaj przemijające. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 12).

H. K.

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Chantemesse i Widal: **O prątku czerwonki.** Autorowie badali 5 przypadków téj choroby. Wykonawszy w jednym przypadku sekcyję, znaleźli w ścianach jelit, w gruczołach otrzewnowych i śledzionie mikrob, który znachodził się także w stolcach wszystkich pięciu chorych. Mikrob ten, którego autorowie nigdy nie spotykali w stolcach osób zdrowych, posiada cechy morfologiczne i własności patogeniczne, które dozwalają autorom przyznać mu znaczenie właściwe dla czerwonki. Przedstawia on się w postaci lasecznika o końcach zaokrąglonych w środku brzuchato wypuklony, rozwija się na bulijonie, żelatynie, któréj nie rozpuszcza i ziemniakach, jest mało ruchomy i źle się barwi aniliną. Dotąd nie mogli jeszcze zauważyć postaci zarodników. Hodowle czyste wstrzykiwali zwierzętom do jelit i do jamy otrzewnowéj, a wyniki z doświadczeń tych otrzymane utwierdzają autorów w mniemaniu, że wykryty przez nich lasecznik jest chorobotwórczym dla dyzenteryi. Albowiem znajdowali jelito grube bardzo zgrubiałe, a światło jego wypełnione kałem płynnym, zawierającym w wielkiéj ilości opisane prątki, błonę śluzową rozpulchnioną i owrzodziałą, gruczoły odosobnione i otrzewnowe przerosłe. (*Le Progrès médical* Nr. 16, 1888).

A. B.

* Nad desinfekcyją narządu rodnego u kobiet czynił Steffek (*Ctrbl. f. Gyn.* Nr. 28) próby bakteryjologicznego przeciwszczepienia, na mocy których dochodzi do następnych wniosków: 1) Desinfekcyja przewodu rodnego w celach położniczych nie da się osiągnąć w jednėm posiedzeniu, lecz jedynie powoli. 2) Przez przepłukiwanie pochwy i dolnego odcinka macicy 1 litrem $^1/_3$% rozczynu sublimatu lub 3% rozczynem karbolu i przez 2 godziny powtarzane, następnie przemywanie pochwy 1 litrem środka odwietrzającego musi się udać zredukowanie t. zw. samozakażenia do minimum.

* Antipyryn przeciw wrzodom krwawnicowym. J. Schreiber (z Aussee) spostrzegał (*Therap. Monatsh.* Nr. 7) w jednym przypadku wrzodów krwawnicowych rychłe usunięcie przykrego swędzenia i rychłe uleczenie po stosowaniu antypirynu. Srodek ten drobno roztarty za pomocą rozpylacza stosowano na ranki na *sphincter ani.*

(*K. G.*) Epidemija ospy panująca od połowy sierpnia 1887 na Martynice pochłonęła więcéj niż 2300 ofiar. Śmiertelność w niektórych miejscowościach małych wysp Antylskich jest przerażająco wielką waha między 27 a 35%. Aby niedostatkowi uboższéj klasy ludności najwięcéj tą epidemiją dotkniętéj o ile można zapobiedz, udzielił Rząd francuski nadzwyczajną pomoc w kwocie 100 000 fr.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 41,4. Z odry umarło 4 (6 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z gruźlicy 16 (10 z. t); z zapalenia płuc 13 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 16 odry, 1 płonicy, 3 błonicy. W tygodniu od 10—16 czerwca umarło z ospy: w Kołomyi, Stanisławowie i Tarnowie po 1; w Wiedniu 4, w Tryjeście 5, w Pradze 11, w Warszawie 3, w Rzymie 2, w Paryżu 8, w Petersburgu 2. Z odry umarło: w Pradze 7, w Wiedniu 8, w Hamburgu 44, w Paryżu 19, w Londynie 21. Z płonicy umarło: we Lwowie 3, w Drohobyczu i Czerniowcach po 2; w Wiedniu 5, w Warszawie 10, w Londynie 19. Z duru umarło w Przemyślu, Ołomuńcu i Wiedniu po 1, w Pradze 4. Z czerwonki umarło: w Pradze 2. Z krztuśca umarło w Stanisławowie, Czerniowcach, Gracu i Wiedniu po 1, w Paryżu 8, w Londynie 34, w Stokholmie 7,. Z dławca i błonicy umarło: we Lwowie, Przemyślu i Czerniowcach po 1, w Wiedniu 7, w Berlinie 14, we Wrocławiu 10, w Hamburgu 10, w Paryżu 32, w Londynie 28, w Kopenhadze 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,2; we Lwowie 28,4; w Brodach 12,7; w Drohobyczu 38,0; w Kołomyi 33,5; w Przemyślu 34,3; w Stanisławowie 27,2; w Tarnopolu 14,3; w Tarnowie 40,3; w Czerniowcach 30,5; w Warszawie 24,9; w Poznaniu 30,6; w Wiedniu 27,3; w Salcburgu 17,3; w Gracu 28,0; w Lublanie 35,7; w Tryjeście 24,8; w Insbruku 39,3; w Pradze 41,9; w Bernie 271,; w Ołomuńcu 43,4; w Opawie 41,8; w Berlinie 18,6; we Wrocławiu 27,7; w Gdańsku 21,6; w Dreźnie 16,3; w Hamburgu 29,8; w Kolonii 18,7; w Lipsku 15,5; w Mnichowie 27,8; w Amsterdamie 21,7; w Brukseli 27,3; w Budapeszcie 33,4; w Chrystyjanii 20,7; w Kopenhadze 19,7; w Londynie 14,2; w Odesie 36,5; w Paryżu 20,6: w Petersburgu 33,6; w Stokholmie 18,1; w Wenecyi 27,6.

J. B.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 sierpnia. Wyszedł już tom XV Pamiętnika Wydziału matematyczno-przyrodniczego, wspominamy tu o tém, gdyż mieści on w sobie 3 tylko prace, z tych 2 z zakresu medycyny. Jednę obszerną a piękną prof. Dra H. Kadyjego obejmującą 16 ark. druku: O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego, przyozdobioną 10 tablicami chromolitograficznemi, z pracy téj podaliśmy w roku 1886, Nr. 45, 46, 47 streszczenie zrobione przez samego autora. Praca ta poświęcona jest prof. Dr. Ludwikowi Teichmanowi ku uczczeniu 25éj rocznicy jego zawodu nauczycielskiego; rzecz ta ma się wkrótce także ukazać w tłumaczeniu niemieckiém. Drugą pracą pomieszczoną w tym tomie jest rozprawa p. t.: Ciepłota w Tarnopolu przez p. Satkego a trzecią pracą p. Adolfa Becka: O pobudliwości różnych miejsc tego samego nerwu z 1 tablicą litorgafowaną wykonana w Zakładzie prof. Cybulskiego, a któréj wyniki podał autor na Zjeździe we Lwowie.

Proszeni jesteśmy o umieszczenie następującéj odezwy:

W Nrze 13 Przeglądu Lek. z dnia 31 marca b. r. zawiadomiłem kolegów, że z powodu zupełnego wyczerpania polskich „Wzorów druku“ Jaegera nawiązałem z prof. Snellenem w Utrechcie rokowania o wydanie polskiego tekstu jego tak rozpowszechnionych „Optotypów“. Obecnie miło mi podać do wiadomości polskiego świata lekarskiego, a w szczególności kolegów zawodowych, że dzięki gotowości i nadzwyczajnéj uprzejmości prof. Snellena usiłowania moje doprowadziły, po pokonaniu pewnych trudności, do pożądanego celu. Wydanie polskiego tekstu Optotypów napotkało mianowicie na tę główną trudność, że sprawienie tak rozmaitéj wielkości czcionek do 9 akcentów językowi polskiemu właściwych, naraziłoby na tak znaczny wydatek, że wydawca nie mógłby go był, mimo najlepszych chęci, ponieść, nie mogąc liczyć na odbyt zbyt wielki. Chcąc tę trudność ominąć i wydanie umożliwić nie pozostało mi nic innego jak ułożyć tekst, w którym akcenty polskie wcale nie wchodziły. Zadanie to, na pozór tak trudne, udało mi się stosunkowo łatwo rozwiązać ale skrępowany w wyborze treści nie mogłem jéj zapożyczyć u żadnego z naszych pisarzy, lecz musiałem ją zestawić z krótkich zdań i okresów. Okoliczność ta niech mnie wytłumaczy, jeżeli treść polskich optotypów nie zadowolni wybredniejszych w téj mierze wymagań kolegów. Od pierwotnego zamiaru pośrednictwa w dostarczeniu polskich optotypów kolegom, którzyby się o nie do mnie zgłosili odstąpiłem, gdy firmy księgarskie pp. Gebethnera i Wolfa w Warszawie, a Krzyżanowskiego w Krakowie podjęły się ich rozsprzedaży. Szanowni koledzy, którzy skutkiem mojéj pierwszéj odezwy nadesłali mi liczne zamówienia na polskie Optotypy mogą obecnie zaopatrzyć się w nie w jednéj z wymienionych księgarń.

Kraków 8 sierpnia 1888. *Prof. Dr. Rydel.*

* **Lwów.** Na Muzeum higijeniczne pozostanie czystego dochodu z Wystawy przyrodniczo-lekarskiéj około 700 złr.

* Dr. Stanisław Szczep. Zaleski, b. uczeń warszawskiego a następnie dorpackiego Uniwersytetu mianowany został profesorem zwyczajnym chemii ogólnéj i lekarskiéj w nowoutworzonym pierwszym Uniwersytecie sybirskim w Tomsku. Drowi Zaleskiemu powierzoném téż zostało urządzenie laboratoryjum chemicznego w otwierającym się Uniwersytecie. Z całego serca życzymy powodzenia współpracownikowi naszemu na tym odległym kresie cywilizacyi, gdzie zapewne wśród uczniów napotka potomków politycznych skazańców polaków.

* *St. Petersb. med. Woch.* donosi, że Towarzystwo lek. kaukaskie udzieliło nagrodę wyznaczaną co roku za najlepszą pracę drukowaną w swoim roczniku Drowi J. Kucharskiemu za rozprawę pod tytułem „O mikroorganizmie zapalenia ócz jaglicowego".

* W wojsku włoskiém w Massawie pojawiła się nagminnie choroba wywołana przez *Distomum hoematobium*. Zarządzono celem usunięcia niebezpieczeństwa osobną komisyję lekarską.

* W Iwoniczu bawiło do dnia 31 lipca 1411 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Ministerstwo oświaty zatwierdziło rozszerzenie *veniae legendi* doc. pryw. klimatologii i balneoterapii Dra Karola Chodounskiego na farmakologiją i toksykologiją. — **Wiedeń.** Ministerstwo oświaty zatwierdziło rozszerzenie *veniae legendi* Dra Wagnera doc. neuropatologii na wykład psychijatryi.

Starszymi lekarzami w rezerwie mianowani wojsk. lekarscy elewowie 1éj kl. Dr. Józef Leichtmann i Dr. Jan Kalińczuk we Lwowie, lekarzem asystentem Dr. Czesław Podgórski.

Z Najw. łaski otrzymał lekarz okręgowy Dr. Ignacy Sopiński zajmowany dawniéj w c. k. armii stopień starszego lekarza mianowicie w rezerwie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 31: Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.)

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.